

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 61

DYSTOCIE GÉMELLAIRE
par
Accrochement des Têtes
dans la
Présentation des Sommets

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard NEIDHARDT

Né le 2 Avril 1899, à STRASBOURG-NEUHOF (Bas-Rhin)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

DYSTOCIE GÉMELLAIRE
PAR ACCROCHEMENT DES TÊTES
DANS LA
PRÉSENTATION DES SOMMETS

DYSTOCIE GÉMELLAIRE
par
Accrochement des Têtes
dans la
Présentation des Sommets

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

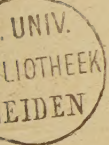
et soutenue publiquement le 21 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard NEIDHARDT

Né le 2 Avril 1899, à STRASBOURG-NEUHOF (Bas-Rhin)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. M. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COMMANDEUR, président; TRILLAT, assesseur;
RENTHER et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dédie tout particulièrement ce
modeste travail, en témoignage de ma
profonde affection et d'infinie reconnais-
sance.

A MES FRÈRES

A MA GRAND'MÈRE

A MA TANTE

A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR EPARVIER
Chef de Clinique Obstétricale

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS ET DES HÔPITAUX
DE LYON ET DE STRASBOURG

A MES ANCIENS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales et avant de publier ce modeste travail, il nous est un devoir agréable à remplir : celui d'offrir ici l'hommage de profonde reconnaissance à tous les Maîtres qui pendant la durée de ces études nous ont prodigué leur brillant enseignement, encouragé de leurs conseils et donné le précieux appui de leur science et de leur expérience.

Notre reconnaissance va tout d'abord à M. le Professeur COMMANDEUR qui, après nous avoir réservé le meilleur accueil dans sa Clinique, a bien voulu nous confier ce sujet et nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

M. le Docteur EPARVIER, Chef de Clinique obstétricale, nous a aidé de ses conseils. Qu'il daigne accepter tous nos remerciements.

Il nous est agréable aussi, avant de quitter cette Université de Lyon, de remercier les Maîtres qui, pendant les dernières années de nos études, nous ont accueilli avec bonté dans leur service et nous ont fait bénéficier de leur enseignement clinique si intéressant.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier nos Maîtres de la Faculté de Strasbourg, qui ont guidé nos premiers pas dans ces études de médecine et qui nous ont donné tant de preuves de leur bienveillance. ...

INTRODUCTION

Le plus souvent la terminaison des grossesses gémellaires est favorable et l'expulsion des deux fœtus a lieu sans aucune difficulté. Parmi les causes qui sont énumérées dans les traités d'obstétrique comme étant des obstacles à la terminaison spontanée de l'accouchement gémellaire, nous trouvons en première ligne les présentations vicieuses, qui sont ici plus fréquentes que dans la grossesse simple.

Dans celle-ci, en effet, une loi d'accommodation préside aux rapports de l'organisme fœtal, avec celui de la mère, qui nous rappelle une formule nettement exprimée par Pajot : « Quand un corps solide est contenu dans un autre qui est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces en contact sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

D'après cette loi, vu la forme du muscle utérin, l'ovoïde fœtal, dans la grossesse simple, aura tendance

à se présenter par une de ses extrémités et par le pôle céphalique plutôt que par le pôle pelvien. Mais, dans la grossesse multiple, alors que les fœtus se gênent réciproquement et que souvent il existe une quantité anormale de liquide amniotique distendant la matrice, comment cette accommodation peut-elle se faire ?

D'autre part, après l'expulsion du premier fœtus, le second peut, si l'utérus n'est pas encore revenu sur lui-même, évoluer dans une cavité considérablement distendue et par là être prédisposé à des présentations vicieuses. Ces accidents peuvent, il est vrai, également se produire dans la grossesse simple ; mais ce qu'il y a de spécial dans les grossesses multiples, c'est leur fréquence plus considérable.

D'après une statistique établie par le Professeur Pinard et basée sur cent mille accouchements, on voit que le siège se présentait une fois sur trois, et l'épaule une fois sur dix-neuf, alors que, dans la statistique établie sur les mêmes bases, on trouve en cas de grossesse simple, pour les présentations du siège, le rapport de un sur vingt-cinq, et pour les présentations de l'épaule, celui de un sur cent vingt-cinq.

D'après Kleinwächter, Lehre von den Zwillingen, les jumeaux naquirent dans une proportion de 70 % pour les présentations du sommet, de 25 % pour les présentations du siège, de 5 % pour les présentations de l'épaule. Sur 316 accouchements gémellaires, Depaul et Tarnier ont observé 131 cas où les deux fœtus se sont présentés par l'extrémité céphalique.

Nous ne pouvons que mentionner les autres causes de dystocie, telles que lenteur de la dilatation, faiblesse des contractions, enchevêtrement des cordons dans les grossesses mono-amniotiques.

« L'enchevêtrement des fœtus et l'accrochement des têtes au détroit supérieur ne se voient pour ainsi dire jamais » (Fabre). Cet accrochement des têtes, que l'on peut considérer comme première étape vers leur enclavement, est cependant une cause de dystocie avec la possibilité de laquelle il faut compter.

En effet, il peut arriver que deux extrémités céphaliques se présentent en même temps au détroit supérieur. Que l'épaule ou le sommet de la cage thoracique du premier enfant vienne alors buter contre une partie proéminente de la tête du deuxième, celle-ci pourra se trouver entraînée dans les mouvements de descente de l'enfant le plus engagé. Le volume des deux têtes étant, dans la presque totalité de cas, trop considérable pour leur permettre une traversée simultanée du canal pelvien, elles se trouveront toutes deux arrêtées au niveau du détroit supérieur.

Au début de notre stage d'accouchement, en décembre 1922, nous eûmes l'occasion d'observer un cas semblable à la Maternité de la Charité de Lyon. M. le Professeur Commandeur nous inspira l'idée de prendre ce cas comme sujet de notre thèse, vu qu'il s'agit d'une cause extrêmement rare de dystocie, qui est peu mentionnée dans la littérature obstétricale. La plupart des auteurs classiques insistent surtout sur l'enclavement des deux têtes, dans lequel celle du premier

enfant, après expulsion du tronc, est retenue au détroit supérieur par la tête du deuxième fœtus, qui, lui, se présente par le sommet.

Dans notre cas, les fœtus se présentaient tous deux par le sommet. Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons pu réunir dix autres observations relatant des cas analogues.

Notre étude portera uniquement sur les cas de dystocie due à des fœtus multiples, se présentant par le sommet, isolés et contenus dans une cavité utérine normale. Nous avons volontairement laissé de côté les observations relatives à des jumeaux adhérents ou à des fœtus multiples et isolés, mais contenus chacun dans une loge individuelle d'un utérus bicorne.

Causes

En étudiant les causes pour lesquelles, dans le cas de grossesse gémellaire, l'expulsion d'un fœtus peut être gênée par la position plus ou moins vicieuse de l'autre, nous en trouvons quelques-unes que l'on peut considérer comme prédisposantes à l'accouchement dystocique qui nous occupe et d'autres comme déterminantes.

Les premières se rapportent soit à la mère, soit aux fœtus, ou bien encore à la disposition des membranes. Chez la mère, un bassin suffisamment large permettrait l'engagement simultané des deux pôles fœtaux, d'où résulterait un enclavement.

Quant aux fœtus, la grande raison qui permettrait une introduction simultanée dans le canal pelvien serait leur petite taille (Budin). Il est exceptionnel que dans la grossesse gémellaire, les fœtus atteignent le volume normal. Souvent, en effet, l'accouchement se fait prématurément et même, lorsqu'il survient près

du terme normal, les enfants sont fréquemment plus petits que ceux issus d'une grossesse simple.

Il est admissible de rechercher dans le fait d'une grossesse mono-amniotique une cause prédisposante à la dystocie. Dans ce cas, en effet, les deux fœtus peuvent bien plus intimement s'accoler l'un à l'autre que s'ils étaient contenus dans des poches amniotiques différentes. Cependant dans nos observations les auteurs relatent au moins aussi souvent des grossesses bi-amniotiques que des grossesses mono-amniotiques.

En envisageant ce fait, nous abordons l'étude des causes déterminantes. L'engagement simultané ou l'enclavement peuvent en effet tout aussi bien se produire quand les fœtus ont chacun leur cavité amniotique distincte. Mais il faut alors que les jumeaux soient simultanément et parallèlement poussés par l'utérus, sans pouvoir, en glissant au milieu du liquide, remonter vers le fond de l'organe gestateur. Ces conditions se trouvent remplies, lorsque les parois contractiles sont appliquées directement sur les masses fœtales, sans interposition de liquide amniotique. Ainsi, quand les deux œufs juxtaposés se sont ouverts prématurément et en même temps au niveau de leur extrémité inférieure, la dystocie fœtale par enclavement est possible.

Dans d'autres circonstances, au lieu que les deux œufs soient ouverts, un œuf a seul subi la rupture des membranes.

Ou bien, la poche des eaux du fœtus placé le plus bas s'est rompue et celle de l'autre enfant fait saillie profondément dans le vagin, gonflée par une grande

quantité de liquide, et le deuxième enfant tend à descendre à côté du premier.

Ou bien, au contraire, il y a rupture prématurée des membranes appartenant au deuxième fœtus et c'est la poche des eaux du premier qui descend d'abord dans le vagin. Dans tous les cas, le liquide amniotique de chacun des œufs est sorti de l'utérus et les parois contractiles de l'organe poussent les deux jumeaux ensemble vers l'excavation, sans qu'aucun d'eux ait la liberté de glisser de bas en haut sur son frère pour lui laisser la place.

Des observations anciennes attribuent souvent cette rupture prématurée de la poche des eaux à l'emploi de seigle ergoté, contraire aux données de l'enseignement obstétrical actuel. Ce n'est pas le seul inconvénient qu'il puisse entraîner, quand il est employé selon la méthode ancienne. Si l'orifice utérin étant en partie dilaté et les deux pôles fœtaux se présentant en même temps au détroit supérieur, on administre du seigle ergoté, la contraction utérine pourra devenir véritablement tétanique. Le résultat sera que l'on n'obtiendra plus des contractions successives, mais une contracture permanente.

L'alternative de contractions et de relâchement qui pourrait amener l'accommodation d'un des fœtus par rapport au détroit supérieur n'existera plus. Les fœtus n'auront pas le temps de s'adapter l'un à l'autre de façon à permettre au moins à l'un d'eux de s'engager. Ce sera une force brutale qui agira seule. On aura substitué à une action physiologique une action tout à fait aveugle et par cela même pathologique. Si,

alors le bassin de la mère est suffisamment large, les enfants assez petits, les deux pôles qui se présentent au détroit supérieur auront tendance à pénétrer simultanément dans l'excavation et à s'y enclaver. Il ne s'agira, en réalité, presque jamais, d'une juxtaposition exacte des deux têtes. Les deux fœtus se présentant par le sommet, la tête de l'un se placera au niveau du cou de l'autre et les deux têtes essayeront de pénétrer ensemble dans l'excavation. Dans certains cas, ayant réalisé sa descente, la première tête pourra apparaître à la vulve, mais le dégagement du tronc, comprimé entre la deuxième tête et le canal pelvien, ne pourra être effectué. Dans d'autres cas, la seconde tête, accrochant d'une part, l'épaule ou le sommet thoracique du premier enfant et butant de l'autre contre le rebord du détroit supérieur, empêchera tout engagement de l'enfant situé le plus bas.

Les auteurs attribuaient à juste titre la dystocie spéciale que nous étudions à la contracture de l'utérus.

A l'époque où l'on employait le seigle ergoté, on l'incriminait à bon droit dans ces cas. Aujourd'hui, on n'use plus d'ergot, mais on connaît mieux la contracture ou la rétraction de l'utérus, surtout dans ses rapports avec la rupture précoce des membranes, et on est tout disposé à lui faire jouer un rôle important dans cette dystocie spéciale à l'accouchement gémellaire.

L'accrochement des têtes dans la présentation des sommets est heureusement d'une extrême rareté. Si la femme arrive à terme, il peut y avoir une accommodation partielle, la tête de l'un des fœtus descendant

un peu plus bas que l'autre et commençant à s'engager dans le petit bassin. Lorsque les deux têtes se présentent simultanément au détroit supérieur, elles glissent l'une sur l'autre ; la première descend et s'engage, la seconde, au contraire, remonte dans l'utérus, à moins que, comme dans le cas de Smellie, que nous allons citer plus loin une disposition anormale des membranes ne les en empêche. Ce cas et celui de Lespinasse sont, du reste, les seuls que nous ayons trouvés où la marche de l'accouchement se soit arrêtée, les deux têtes étant au détroit supérieur. Dans ces deux cas, il s'agissait d'une simple amorce d'accrochement qui n'eut pas le temps d'aboutir à l'enclavement définitif. Et encore, dans le cas de Smellie, était-ce non pas la tête, mais bien la poche des eaux du deuxième fœtus qui empêchait le premier de descendre.

OBSERVATION I

(Cas publié par MM. COMMANDEUR et EPARVIER, dans le
Bulletin d'Obstétrique, n° 2, 1923.)

Ce cas que nous avons mentionné plus haut est celui que nous eûmes la bonne fortune d'observer à la Clinique obstétricale de M. le Professeur Commandeur. Il s'agit d'une femme B..., 26 ans, d'origine roumaine. En Roumanie, elle avait eu un avortement à six mois, avec enfant macéré. R. W. : négative.

Elle entre à la Maternité le 18 décembre 1922, à 20 heures. L'examen montre un col effacé, mais non dilaté. Le palper montre plusieurs pôles. Au toucher, on sent une tête engagée et sur la ligne extra-médiane, à droite, on perçoit une autre

masse dure et ronde, que l'on diagnostique comme étant un sommet. Dans le fond utérin, on sent deux pôles pelviens.

La parturiente est énervée toute la nuit et pousse des cris qui ne sont pas en rapport avec ses douleurs. On lui administre 1 gramme de chloral. Depuis trois heures du matin (19 décembre), elle ne ressent plus aucune douleur. Le même jour, à 9 h. 30, un nouveau toucher est pratiqué par la sœur, qui montre la grande fontanelle de la tête engagée à droite et en arrière, presque au centre du bassin. La petite fontanelle n'est pas accessible. La dilatation est alors de 4 centimètres. La poche des eaux est intacte. Un cœur est entendu à gauche, régulier. Le deuxième foyer à droite et en haut est très irrégulier, tantôt on perçoit 160 tantôt 60 pulsations.

A 11 heures, le toucher de M. le Chef de Clinique montre un col effacé, présentant une dilation de 6 centimètres.

La poche des eaux, qui bombe à peine, est toujours intacte; la grande fontanelle est encore perçue à droite et en arrière. (Tête donc peu fléchie.)

Tandis que les douleurs avaient été insignifiantes dans l'après-midi, elles deviennent régulières vers 11 heures du soir, reparaisant toutes les cinq minutes pour redevenir moins fréquentes après minuit. A ce moment, la malade sommeille et n'a presque pas de douleurs. Celles-ci reprennent vers 4 heures du matin. La dilatation du col est restée la même. Les bruits du cœur sont masqués par le souffle utérin. A 9 heures, M. le Chef de Clinique et la sœur auscultent longuement et attentivement la malade, sans entendre les bruits du cœur. Le toucher fait sentir l'autre tête qui est refoulable, Mais cette mobilisation de la deuxième tête entraîne la mobilisation de la première. A ce moment, la poche des eaux se rompt par le toucher et un liquide clair rougeâtre s'écoule. La dilatation est alors de 7 centimètres. La matinée s'est passée avec des douleurs très faibles. Vers midi, on administre deux cachets de quinine de 0,50 à la malade. Les douleurs n'ont pas changé jusqu'à 14 heures ; à ce moment, elles deviennent plus fortes et plus rapprochées et se succèdent finalement toutes les trois minutes. A 16 heures, M. le Professeur Commandeur et M. le Chef de Clinique Eparvier pratiquent une application



Rapports des deux fœtus
reconstitués immédiatement après l'accouchement
d'après les déformations.

de forceps. La femme est anesthésiée à l'éther. La tête du premier fœtus est coincée. Elle se trouve en O. J. G. A. Une prise symétrique est suivie d'une extraction facile. On pratique une section du cordon entre deux pinces. Dès la sortie du premier fœtus, la tête du second s'engage en O. I. D. P. Etant donné l'absence de contractions-utérines, on pratique une deuxième application de forceps qui dégage le fœtus en O. S. légèrement oblique.

L'examen des fœtus montra une légère macération. L'aspect des deux enfants expliqua nettement l'impossibilité de leur extraction naturelle. La tête du second était logée exactement entre la tête et le sommet du thorax du premier, appliquée contre son cou. On constate chez le premier fœtus une dépression siégeant au niveau du pariétal droit, s'étendant en avant de l'oreille sur l'angle du maxillaire, la région parotidienne et la région massétérine.

La situation des deux fœtus put être facilement reproduite. Voir la photographie.

On se rend compte que la progression du premier fœtus a été rendue impossible par le fait que l'épaule, à chaque tentative de descente, accrochait la tête du deuxième fœtus insinuée entre l'épaule et le bassin. Cette situation a été vraisemblablement rendue définitive par la rupture des membranes des deux œufs effectuée involontairement pendant le toucher. Le contact des deux fœtus étant complet, l'accrochement devenait direct. Il s'agissait d'une grossesse univitelline (plusieurs anastomoses furent constatées), biamniotique. Les enfants, de sexe féminin, pesaient 2.300 et 2.130 grammes et mesuraient 49 et 48 centimètres de long.

La mère n'eut aucun phénomène de shock ; ses suites de couches furent normales et elle quitta le service le 4 janvier 1923, complètement rétablie.

OBSERVATION II

(SMELLIE : Observations sur les accouchements.)

On me pria de venir voir une femme d'une constitution tendre et délicate, qui avait eu beaucoup de peine à son premier travail. On m'appela pour elle sur le soir, je trouvai l'orifice de l'utérus peu dilaté. La tête de l'enfant se présentait, mais les douleurs étaient faibles et rares. Comme je m'attendais que le travail serait long, comme le précédent, j'envoyai quérir Mme Maddocks, ma sage-femme, pour garder la malade et je lui recommandai de m'appeler quand l'accouchement serait près de se faire. Au bout de deux heures, on vint m'avertir et je trouvai l'orifice de l'utérus fort ouvert et les membranes poussées hors de l'orifice externe, qui avait quelque chose d'extraordinaire au toucher. Lorsque j'introduisis mon doigt dans le vagin, je sentis que ces membranes et ces eaux étaient comme à côté de la tête. Comme l'orifice de l'utérus était bien dilaté et que ces membranes, avec une petite quantité des eaux pendaient hors des parties externes, je les déchirai ; mais, à la douleur suivante, ayant touché la malade, je trouvai un autre paquet de membranes et d'eaux au-devant de la tête. Je sentis de plus à travers que la fontanelle se présentait, et par le moyen des sutures, que le front était du côté gauche et le vertex du côté droit. Craignant que cette posture ne causât un long travail, je repoussai en haut le front, afin de donner lieu au vertex d'avancer. En faisant ce mouvement, les membranes se rompirent et la tête fut poussée immédiatement vers la partie inférieure du bassin. A l'aide de deux ou trois douleurs encore, quoique la fontanelle se présentât dans le milieu, néanmoins comme l'enfant était petit, je tournai la face et le front vers les parties postérieures du bassin et la concavité du sacrum et le vertex sous le pubis, et il fut bientôt délivré. Après avoir lié et coupé le cordon et donné l'enfant à tenir à un assistant, j'examinai la malade, pour voir si le placenta venait, mais à sa place je sentis la tête d'un autre enfant qui se présentait, et comme je ne sentis au-devant ni eaux ni membranes,

j'en tirai la conclusion que c'étaient ces membranes qui avaient paru les premières. Le vertex se présentait. La malade ressentait de nouvelles douleurs et n'avait été aucunement affaiblie par le premier travail ; les membranes ayant été rompues et les eaux écoulées, il aurait été imprudent de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, comme j'avais coutume de le faire dans les autres cas où les membranes n'étaient pas rompues. Pour lors, je ne dis pas à la malade que c'était un second enfant, de peur qu'elle se chagrînât, mais je lui dis que j'avais coutume d'attendre pour voir si le placenta ne viendrait pas de lui-même et sans peine par le moyen des arrière-douleurs, et le second enfant n'ayant pas fait attendre longtemps après lui, donna beaucoup de joie à la mère et à ceux qui étaient présents. Les deux placentas vinrent ensemble en forme d'un gâteau.

OBSERVATION III

(LESPINASSE : *Monaszt f. Geburts.* 1857.)

Chez une jeune primipare bien constituée, la tête, malgré des douleurs violentes et multipliées, s'arrêta dans une position favorable à l'entrée du bassin, et même parut de temps en temps moins accesible. Cet état fâcheux ayant duré plus de quatre heures, les contractions utérines commencèrent à s'affaiblir, mais furent bientôt réveillées par le seigle ergoté. L'observateur ne comprit pas d'abord les raisons de ce singulier arrêt dans l'accouchement. Trois heures après, seulement, alors que le col se fut complètement effacé, la tête commença à descendre plus bas dans le bassin, au milieu de contractions très énergiques, et la femme accoucha d'un enfant extraordinairement petit. La présomption d'une grossesse gémellaire se changea bientôt en certitude, car peu de minutes après les douleurs reprirent et une nouvelle exploration fit constater la présence d'une tête au détroit supérieur. Ce second accouchement s'accomplit rapidement.

OBSERVATION IV

(CHAILLY Honoré : *Traité pratique de l'Art des accouchements.*)

... La tête d'un des enfants se présentait en position occipito-antérieure ; elle était petite et assez mobile dans l'excavation pour que les contractions, quoique faibles, eussent dû depuis longtemps l'expulser, si les épaules n'avaient été retenues au détroit supérieur, et je reconnus alors la cause du retard de l'accouchement. Une seconde tête se présentait après la première et était fortement fixée au détroit supérieur ; elle s'était logée dans l'espace compris entre la tête et l'épaule du premier enfant et s'opposait à l'engagement des épaules de ce premier fœtus. Je soulevai cette seconde tête, et les contractions que j'avais ranimées à l'aide du seigle ergoté ne tardèrent pas à dégager ce premier enfant, qui fut suivi immédiatement du second. Ces deux produits étaient contenus dans le même chorion. Quant au troisième enfant, qui était solitaire, son expulsion s'effectua par la présentation pelvienne et sans rien présenter de remarquable.

OBSERVATION V

(GRAHAM WEIR : *Edimb. Med. Journ.*, 1860.)

H. C., 36 ans, non marié, entre à la Maternité d'Edimbourg, le 8 septembre 1849, jambes gonflées, pas d'albumine dans les urines, primipare. Pense accoucher dans trois semaines.

Le 29 septembre : Se plaint de douleurs abdominales et crut être en travail. Comme le col de l'utérus n'était pas ouvert et que les contractions de la matrice étaient imperceptibles à l'extérieur, on ordonna un lavement d'amidon laudanisé. La lèvre antérieure du col utérin était gonflée et tendue et l'écoulement avait une odeur fétide très reconnais-

sable. On entendait le cœur fœtal également à droite et à gauche.

30 septembre : La malade n'a pas dormi de la nuit. Les douleurs reviennent toutes les 20 minutes, continues et sont plus pénibles. Le col utérin continue à être fermé. On donne une injection d'eau tiède, on administre de l'opium : la malade dort 6 heures.

1^{er} octobre : Entre 2 et 3 heures de l'après-midi, on envoie chercher le médecin de la maison, parce qu'elle ne peut pas uriner. Il introduisit le cathéter et tira plus d'une pinte d'urine. Les douleurs revenaient toutes les dix minutes et étaient très violentes. Le médecin donna du chloroforme à 10 heures de l'après-midi. Le col paraissait à ce moment très dilatable, on pouvait l'ouvrir jusqu'à un diamètre de deux pouces et demi. La tête se présentait en O. I. G. P. et la main gauche était appliquée derrière l'oreille droite. Le sacrum était très proéminent. En passant les doigts au-delà de la tête, on trouva un second enfant couché, avec sa figure dirigée vers le cou du premier, son menton appuyé sur le haut du sternum de celui-ci et son occiput en rapport avec le pubis de la mère. Le chirurgien attendit 4 heures. Pendant ce temps, les douleurs étaient très pénibles et survenaient toutes les trois minutes ; mais trouvant que la tête du premier enfant n'avancait pas et que le col était complètement dilaté, il reconnut que l'obstacle dépendait de la position de la seconde tête qui empêchait la descente du corps du premier enfant. Il tâcha de changer la position de la tête du second ; il la fit monter jusqu'au contact de l'abdomen du premier et rectifia la position du bras gauche ; mais il trouva, deux heures après, que cette tête était revenue à sa première place.

Dans la soirée, la malade fut agitée ; le pouls rapide et misérable ; il devint évident que la délivrance ne serait pas naturelle. On vint me chercher ; et, après examen, je crus urgent d'intervenir.

Sous ma direction, on appliqua le grand forceps à la tête du premier enfant, tandis que moi-même je repoussais autant que possible la tête du second et l'empêchais de descendre jusqu'à ce que la tête du premier fut engagée. Une traction considérable fut nécessaire pour extraire la tête et même pour

terminer l'accouchement. Le cordon battait faiblement quand l'enfant fut né ; mais on le rappela à la vie en le plongeant alternativement dans l'eau froide et dans l'eau tiède. Au bout de dix minutes, la tête du second enfant prit sa position au détroit et comme je trouvais dangereux de laisser plus longtemps la femme en travail, j'ordonnai de délivrer le second enfant par le forceps. Le placenta était unique ; la délivrance se fit avec une très légère hémorragie. Le premier enfant, un mâle, pesait 7 livres et mesurait 20 pouces de long ; le second, une fille, pesait 6 livres 1/2 et mesurait 18 pouces. Le placenta pesait 2 livres. Les cordons avaient 15 et 20 pouces de long.

A la suite de sa couche, la mère eut une parotidite suppurée et sortit complètement guérie au bout de six semaines.

OBSERVATION VI

(DUHAMEL : *Gazette des Hôpitaux*, 1853.)

J'ai été appelé, il y a quelques jours, pour assister une femme dans ses couches. Il s'agissait d'un troisième accouchement. Le travail marcha très lentement. Cependant, une tête ayant franchi le détroit inférieur et restant immobile, je touche, et qu'est-ce que je reconnais ? Une seconde tête placée dans l'excavation du bassin et faisant obstacle à la terminaison de l'accouchement.

S'agissait-il de deux enfants libres ou unis l'un à l'autre ? Je ne pouvais résoudre cette question. Il fallait agir pourtant, car les contractions de la matrice étaient très énergiques depuis longtemps. Je parvins à introduire la main, à refouler la tête supposée, et avec raison, appartenir à un second enfant libre, et j'accrochai l'épaule du premier, qui fut extrait privé de vie et avec l'huérus fracturé.

Quant à l'autre fœtus, il vint au monde environ dix minutes après avec une tête aplatie et dans un état de semi-asphyxie,

qui nécessita de grands soins. La tête a repris bientôt sa forme naturelle et aujourd'hui l'enfant va bien. S'il y eût eu adhérence des deux fœtus, il eut fallu sans doute opérer la détroncation.

Le premier enfant était le plus gros.

OBSERVATION VII

(REIMANN : *The American Journal of Obstetrics.*)

Une Juive, âgée de 16 ans, d'une forte constitution, primipare, eut des accès éclamptiques au moment où le col était déjà complètement dilaté ; le liquide amniotique s'était écoulé.

L'accoucheur, qui avait été appelé, fit une application de forceps sur la tête, qui se présentait, et l'amena au dehors ; mais il fut incapable d'extraire le tronc, et, en pratiquant le toucher, il trouva une autre tête dans l'excavation.

Ayant été appelé, je trouvai mon collègue qui se préparait à sectionner le cou du fœtus. Ce premier enfant était déjà mort ; les battements du cœur du second avaient également cessé d'être perceptibles. La tête déjà sortie était légèrement inclinée vers le côté gauche de la symphyse pubienne et le cou avait été allongé par les tractions ; l'occiput de l'autre était dirigé du côté droit. La mère était très excitée et en même temps très affaiblie. J'appliquai le forceps sur le seconde tête et l'amenai très facilement. On fit alors l'extraction des deux troncs : celui du premier enfant sortit le premier. Ces deux enfants étaient du sexe masculin, d'une taille moyenne et mort-nés. Ils étaient placés chacun dans une poche amniotique séparée. La mère mourut le cinquième jour, de péritonite.

OBSERVATION VIII

(JARNOTOWSKY : *The American Journal of Obstetrics*. 1877.)

Jarnotowsky pratiqua la section du cou du premier enfant. Il fut appelé dans un village situé à 6 milles de la ville, à 4 heures de l'après-midi et il trouva une femme âgée de 22 ans, célibataire, d'une constitution faible et qui accouchait de son premier enfant. Les douleurs avaient commencé pendant la nuit. Au début, elles étaient intenses, mais irrégulières, puis elles avaient diminué. Depuis quatre heures, le travail n'avait fait aucun progrès. L'accoucheur trouva entre les cuisses de la mère une tête d'enfant complètement immobile. Il essaya en vain, soit de la repousser, soit de l'extraire. Le doigt, glissé le long du cou de l'enfant, rencontra une seconde tête qui appuyait fortement sur le cou du premier enfant ; le médecin ne réussit pas mieux quand il essaya de repousser cette seconde tête. Voyant que le premier enfant avait cessé de vivre, l'accoucheur se décida à détacher la tête, afin d'avoir plus de place pour extraire le second. N'ayant avec lui aucun instrument, il sectionna le cou avec un simple scalpel et constatant que le premier corps devenait plus mobile, il la repoussa dans la cavité utérine aussi loin que possible, appliqua le forceps sur la seconde tête et à l'aide de tractions énergiques parvint à extraire un enfant mort. Il introduisit alors sa main, mit un doigt dans l'aisselle de l'enfant qui restait, attira le tronc dans le vagin et, avec l'aide des contractions utérines, parvint à l'extraire. L'enfant était régulièrement constitué et bien développé.

Il n'y avait qu'un placenta, mais deux poches. La mère guérit ; mais il y eut une fistule vésico-vaginale du diamètre d'un pièce de un franc. Elle succomba une année après d'une autre affection.

OBSERVATION IX

(FRANKE : *Monats. f. Geburts*, 1862.)

Une femme multipare, forte, âgée de 33 ans, fut prise de douleurs au terme régulier de sa septième grossesse pendant laquelle elle avait éprouvé des fatigues plus grandes et un œdème des extrémités inférieures. Les douleurs cessèrent complètement après avoir duré environ trois heures, temps après lequel, au dire de la sage-femme, le col était dilaté d'environ deux pouces. Les précédents accouchements de la femme avaient été simples, s'étaient accomplis régulièrement et les produits avaient toujours été vivants. La femme était d'autant plus effrayée de la cessation de ses douleurs dans le cours de l'accouchement, que les incommodités significatives mentionnées plus haut, et des troubles de son état habituel pendant sa grossesse actuelle, avaient éveillé en elle des appréhensions sur l'issue de l'accouchement. Cependant, la sage-femme la consola, et quand, après 36 heures, les douleurs reparurent, la crainte et l'anxiété de la femme en travail se dissipèrent. En même temps que la poche des eaux se rompit, le col étant complètement dilaté, il s'écoula beaucoup de liquide amniotique et des douleurs expulsives poussèrent la tête que se présentait à travers le bassin. Mais à ce moment survint un retard inopportun ; car le tronc de l'enfant, malgré les douleurs les plus fortes, malgré tous les efforts imaginables de la femme en travail, et l'aide de la sage-femme qui exerçait des tractions sur la tête, ne voulut pas ou plutôt ne put pas suivre. L'assistance d'un médecin devint alors nécessaire. A mon arrivée, je trouvai la femme s'agitant impatiemment sur sa couche, tourmentée par les douleurs les plus violentes qui se succédaient coup sur coup.

Cependant l'état général était encore passablement bon, et la réaction sur les systèmes circulatoire et nerveux n'était pas encore appréciable. La face était rouge, la malade se plaignait de céphalagie et de soif, le pouls cependant était normal et battait 80 pulsations à la minute.

La palpation du bas-ventre, dans ces conditions, ne donnait que peu de résultats. L'utérus était presque en entier à gauche, son fond atteignait les côtes inférieures ; pendant les intervalles très courts des douleurs, il ne devenait pas complètement mou, cependant on pouvait percevoir, en différents endroits, de petites portions de fœtus, mais cela n'était qu'insistant, car pendant la douleur suivante l'utérus se gonflait au point qu'il ne fallait pas songer à l'exploration pendant ce temps.

L'auscultation donnait également des signes négatifs, et les mouvements du fœtus qui, auparavant, avaient été très distinctement sentis par la femme, n'étaient plus appréciables, ni pour elle, ni pour nous. La tête de l'enfant était complètement dégagée, l'occiput tourné vers la cuisse droite, le visage vers la gauche ; la tête, d'ailleurs, était mobile en tous sens. L'empreinte de la tête indiquait qu'elle avait été en seconde position pariétale, ce qui avait été reconnu par la sage-femme. Les circonstances ne laissaient aucun doute sur la mort de cet enfant. L'exploration extérieure ne donnait donc aucune indication sur la nature de l'obstacle. Cependant on pouvait déjà exclure certaines raisons qui peuvent mettre obstacle à l'issue du corps après le dégagement de la tête. Ainsi on ne pouvait accuser l'enroulement du cordon, l'insuffisance des douleurs, car les contractions se succédaient nombreuses et fortes. On n'avait pas affaire non plus à un de ces cas rares d'ailleurs, dans lesquels l'utérus se rétracte en arrière au-dessus du fœtus, et ne peut plus contribuer à la propulsion de celui-ci (cette circonstance se reconnaît facilement par la palpation abdominale, dans laquelle la main trouve l'utérus déjà passablement rétracté). De même, on devait exclure une étroitesse du bassin, car, d'abord les accouchements précédents de la femme s'étaient effectués normalement, de plus, celle-ci, depuis le sixième, n'avait eu aucune affection capable de rétrécir le détroit supérieur ; en second lieu, la tête de l'enfant avait déjà traversé sans obstacle le bassin. Mais il pouvait y avoir là un rétrécissement relatif, c'est-à-dire un fœtus ou une partie fœtale fortement développée. Cependant, comme la tête dégagée n'était pas trop grosse, on ne pouvait supposer que l'obstacle vint

d'épaules trop larges, alors que chez des fœtus gros et forts, avec des épaules larges, le diamètre et la circonférence de la tête sont au moins plus forts que dans les cas ordinaires. Par contre, il était possible qu'une position vicieuse des épaules mit obstacle à la sortie du reste du corps, mais cette supposition n'était pas vraisemblable, puisque la position de la tête ne lui donnait pas sa raison d'être.

Mais l'étroitesse relative du bassin pouvait bien être motivée par des kystes ou des tumeurs du fœtus, une hypertrophie des organes internes, une distension de la vessie, une anasarque, une hydropisie du thorax et de l'abdomen, par l'existence d'un fœtus à deux têtes, ou enfin par la présentation vicieuse de la tête du second fœtus.

Outre l'évolution de la grossesse et les données incertaines de l'exploration extérieure, les raisons qui permettaient de supposer l'existence d'une grossesse gémellaire, ou d'un fœtus à deux têtes, étaient la position et le volume de l'utérus (qui, après la sortie de la tête, s'élevait encore jusque dans l'hypochondre gauche) ; et la mobilité parfaite de la tête qui permettait de poser un diagnostic vraisemblable entre les deux suppositions énoncées. En effet, d'après Hohl « dans les cas de fœtus à deux têtes, celle des têtes qui est sortie est fortement appliquée par la nuque contre le pubis, la face tournée en avant et un peu en haut, et la partie antérieure du cou est allongée ».

Le tocher confirma la supposition d'une grosse gémellaire, car la main introduite par-dessous le premier fœtus atteignait une deuxième tête, qui était fortement appliquée, en première présentation du sommet, contre le cou du premier fœtus, dans l'excavation pelvienne.

Après avoir fait placer la malade sur le lit d'accouchement, le forceps fut appliqué sur la deuxième tête, qui était au détroit supérieur. L'application de l'instrument n'était, on le comprend, pas aussi facile que dans les cas ordinaires, cependant elle ne présentait pas de difficultés excessives.

Avec la meilleure volonté du monde, la femme ne pouvait se défendre de pousser pendant ses douleurs et pour cette raison, une résolution légère, amenée par le chloroforme, eut été de mise, si nous avions eu ce moyen sous la main. La

branche droite du forceps reposait sur le frontal droit, car la tête était encore obliquement située, la suture sagittale étant dirigée suivant le diamètre oblique droit, l'occiput tourné à gauche et en avant. L'opération en elle-même était très légère, car après quelques tractions, l'enfant fut dégagé et des douleurs consécutives expulsèrent le tronc du deuxième enfant, lequel fut ainsi mis au monde le dernier, quoique depuis déjà plusieurs heures sa tête eut été dégagée. Les deux enfants du sexe masculin, avec toutes les apparences de la maturité et de bonne grosseur, étaient morts. Le cœur de l'enfant accouché au forceps battait encore faiblement, mais toute tentative de le rappeler à la vie demeura infructueuse. Le placenta commun aux deux fœtus, avec un amnios et un chorion unique, suivit immédiatement le deuxième enfant, puis vint une hémorragie abondante qui fut arrêtée par des frictions sur le fond de l'utérus. Les suites de couches furent sans accidents.

OBSERVATION X

(BAILLY : *Archives de Tocologie*, novembre 1876.)

Mme Os..., 35 ans, épouse le 19 avril 1875, son cousin-germain ; je mentionne à dessein ce degré de parenté, qui peut avoir ici de l'importance, comme on le verra par la suite. Mme Os... n'a pas eu ses règles depuis son mariage et le 17 mai 1876, vers cinq heures du matin, elle ressent les premières douleurs de l'accouchement, immédiatement suivies de la perte des eaux de l'amnios. A partir de ce moment, les contractions se succèdent régulièrement, elles sont rapprochées et fortes, et ce même jour, à deux heures du soir, la dilatation était complète. Cependant, malgré la persistance d'efforts expulsifs énergiques, la partie fœtale n'avance plus. A 3 heures, M. le Docteur Pignol, appelé par la sage-femme qui donnait des soins, avait trouvé le crâne vers le milieu de l'excavation pelvienne.

A neuf heures du soir, quand je vois Mme Os..., la tête se trouve encore à la même hauteur, recouverte d'une bosse

œdémateuse épaisse qui masque les sutures et les fontanelles de manière à rendre le diagnostic de la position du crâne impossible par le toucher. L'oreille perçoit les pulsations d'un cœur d'enfant dans la moitié gauche du ventre, mais elles sont faibles ; rien à droite. La main sent la matrice uniformément tendue et dure, mais n'y distingue aucune partie fœtale.

On est d'ailleurs vivement frappé du développement énorme de l'abdomen chez Mme Os... et l'idée d'une grossesse gémellaire se présente de suite à l'esprit ; mais il est impossible de la contrôler puisque la palpation abdominale est pour ainsi dire nulle et que l'auscultation n'établit pas nettement l'existence de deux enfants. Nous apprenons toutefois en questionnant Mme Os... qu'elle appartient à une famille où des grossesses gémellaires ont été observées. Une tante commune au mari et à la femme (sœur de leurs pères) a eu des jumeaux à sa première couche. Une cousine germaine a également donné le jour à deux enfants d'une seule couche. Mme Os... paraît donc prédisposée héréditairement à une grossesse gémellaire qui serait la troisième observée dans cette famille depuis quelques années.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette opinion, l'arrêt de la partie fœtale dans le petit bassin depuis six heures déjà, malgré un travail très énergique, indiquait très positivement l'emploi du forceps. M. le Docteur Pignol, bien connu de toutes les personnes de la Clinique, par son zèle éclairé pour l'obstétrique, applique l'instrument avec son habileté accoutumée. La tête fœtale, pourtant bien saisie, oppose une assez vive résistance aux efforts de l'opérateur et n'est amenée au dehors qu'après des tractions énergiques et prolongées. Le dégagement du tronc n'est pas moins laborieux ; j'en puis parler sciemment, ayant eu à effectuer ce dernier temps de l'opération. Il me fallut tirer assez fortement sur les côtés de la tête pour amener les épaules à portée du doigt indicateur et lui permettre d'accrocher une des aisselles. Ce fut l'épaule gauche que je saisis d'abord et je pus m'assurer quelle se trouvait directement à gauche du bassin et que, par conséquent, le thorax n'avait pas effectué sa rotation habituelle dans l'excavation pelvienne. En agissant de même sur l'épaule droite, je parvins à extraire un garçon d'un développement

moyen qui nous frappa de suite par les trois particularités suivantes : 1° il était mort et la mort paraissait remonter à quelques heures ; 2° il offrait un état de contracture générale des muscles ; les pieds et les mains se trouvaient fortement crispés et les membres abdominaux présentaient une rigidité tétanique qui permettait d'enlever le cadavre tout d'une pièce en saisissant un de ses membres ; 3° enfin, on remarquait un aplatissement antéro-postérieur considérable du thorax, réduit à la moitié de son épaisseur normale et un élargissement correspondant de cette même portion du tronc. Cette déformation est permanente et paraît avoir été produite par une compression prolongée de la poitrine ; elle se reproduit immédiatement par l'élasticité des côtes dès qu'on cesse l'effort transversal qui l'avait fait momentanément disparaître. Aussi la respiration artificielle que je pratique pendant dix minutes, par acquit de conscience, n'a-t-elle altéré aucunement cette conformation singulière de la poitrine chez cet enfant. Nous en rechercherons bientôt et trouverons sans peine l'explication.

Le ventre reste gros après la sortie de cet enfant et il est de suite évident que l'utérus en renferme un second. On sent une tête engagée dans le tiers supérieur de l'excavation en position occipito-pubienne et l'on entend les battements du cœur d'un fœtus sous l'ombilic. Au bout d'une demi-heure, les contractions utérines momentanément interrompues, se réveillent et abaissent faiblement la tête. Comme au bout d'une demi-heure celle-ci ne s'était pas avancée vers la vulve, M. Pignol rompt les membranes, applique de nouveau l'instrument et amène sans difficulté une fille vivante, un peu moins forte que son frère. Son état, du reste, est loin d'être satisfaisant au moment de la naissance ; elle respire mal et les membres sont dans une résolution complète. Cependant, après une heure de soins assidus, consistant en frictions, bains, respiration artificielle, donnés avec le plus grand dévouement par mon confrère, l'enfant était complètement ranimée.

Délivrance naturelle, trente-cinq minutes après l'accouchement. Les deux placentas, à peu près circulaires, sont séparés par un pont membraneux large de trois travers de doigt. Chaque enfant avait une loge complète, c'est-à-dire que les

deux œufs sont formés chacun d'un chorion et d'un amnios et que la cloison qui les sépare comprend quatre feuillets que je réussis à séparer.

Mme Os..., d'abord fatiguée et affaiblie par son laborieux accouchement, s'est pourtant remise assez promptement et les suites de couches ont été simples. Le 20 mai, la montée du lait s'est faite normalement, l'enfant a pris le sein de suite et continue à bien venir.

OBSERVATION XI

(Docteur BALARD : *Bulletin d'Ostétrie*, n° 5, 1923.)

Le Docteur Balard pratiqua une basotripsie sur les deux têtes. Voici son observation : En janvier 1919, étant encore mobilisé à Périgueux, nous fûmes appelés par l'accoucheur de la Maternité de cette ville, auprès d'une multipare en travail depuis trois jours, apportée de Brantôme (32 km), après tentatives infructueuses d'extraction fœtale. A notre arrivée, la femme est in extrémis, profondément infectée, ventre ballonné, physométrie. Il s'agit d'une grossesse gémellaire avec enfants morts, les deux fœtus verticalement placés l'un devant l'autre ; les deux têtes en bas ; l'une des deux têtes, l'antérieure, est aux trois quarts engagée et l'autre la postérieure, repose sur le promontoire. L'absence de liquide et la rétraction assez prononcée de la paroi utérine ne permettent pas d'effectuer la version. Sans renouveler de nouvelles tentatives de forceps on fait une basiotripsie sur la tête qui est presque engagée. Mais l'extraction est impossible car à mesure que l'on tire sur cette tête la seconde tête tend à s'engager malgré les essais de refoulement.

On pratique alors une nouvelle basiotripsie sur la deuxième tête, la postérieure, suivie d'extraction facile de l'enfant. On termine alors par une version sur le fœtus basiotripsé en premier lieu.

La femme succomba peu après.

L'épaule du premier fœtus avait manifestement accroché la tête du second comme dans le cas publié par MM. Commandeur et Epärvier et entraînait cette seconde tête lorsqu'on tirait sur la première. L'accouchement aurait été pratiquement impossible avec des enfants vivants sans le sacrifice de l'un d'entre eux peut-être même de tous les deux.

Il est vrai que si la femme avait été vue au début du travail, avant toute manœuvre intempestive, il eût été possible de se tirer d'affaire avec une version sur le premier fœtus, sans doute alors modérément engagé.

Cette observation montre bien la gravité de ce cas fort heureusement rare de dystocie fœtale.

Diagnostic

Le diagnostic précoce, dans les cas de dystocie que nous étudions, a une importance capitale.

Ce qui nous frappe à la lecture de la plupart de nos observations, c'est le fait que la cause essentielle, celle qui donne à la physionomie du travail un aspect particulier, la grossesse gémellaire, n'avait tout d'abord même pas été soupçonnée. Cependant, c'est là le point saillant de la question. Rendu attentif au fait que deux enfants se trouvent dans la cavité utérine, l'accoucheur observera plus minutieusement chaque arrêt du travail, s'attendant aux difficultés et aux accidents qui peuvent se produire au cours de pareils accouchements. Malheureusement, dans la presque totalité des cas, l'accoucheur n'est appelé qu'au moment où le travail débute. De ce fait, se trouvera-t-on aux prises avec des difficultés considérables, car des procédés d'exploration, tels que le palper et l'auscultation, qui peuvent faire reconnaître une grossesse multiple au cours de la gestation, deviennent difficiles pendant le travail. C'est encore une raison qui vient corroborer la nécessité des examens pratiqués d'une façon suivie

pendant toute la durée de la grossesse, permettant ainsi le diagnostic de gémellité dans la plupart des cas.

Les traités d'obstétrique insistent suffisamment sur les nombreuses méthodes qui sont employées pour reconnaître l'existence d'une grossesse gémellaire, pour nous permettre de ne pas y revenir.

Nous allons examiner les procédés qui nous permettent de reconnaître les obstacles empêchant la terminaison spontanée d'un accouchement multiple et résultant d'un accrochement ou d'un enclavement des têtes, agissant comme des tumeurs l'une à l'égard de l'autre. On complètera par le toucher les renseignements qui ont pu nous être fournis par le palper. Mais, dans ce cas, abandonnant le toucher digital, on est obligé d'avoir recours au toucher manuel profond. Cette manœuvre est indispensable dans les cas que nous étudions, et sans elle il est impossible d'intervenir d'une façon rationnelle. Que pourrait-on faire, en effet, si l'on n'était pas renseigné sur la nature de l'obstacle, c'est-à-dire si, au préalable, on ne s'est pas exactement rendu compte de la position de chaque fœtus dans ses rapports avec la mère et dans ses rapports avec l'autre fœtus ? Or, le toucher manuel profond peut lui seul nous donner ces renseignements.

Dès que nous avons affaire à un travail anormalement prolongé, qui risque d'aboutir à une période de surmenage obstétrical, il est de notre devoir de nous adresser à ce mode d'exploration.

Une cause d'erreur pourrait résulter de la présence de fœtus adhérents, mais si ce cas extrêmement rare

se produisait, des renseignements utiles nous seraient à nouveau fournis par le toucher manuel explorateur.

Des affections telles que l'hydropisie, l'emphysème, l'hydrocéphalie, l'hydronéphrose, tumeurs sacrées qui font anormalement augmenter le volume du fœtus pourront retarder ou même empêcher son expulsion spontanée au cours de l'accouchement, mais dans ce cas les signes de grossesse gémellaire feront défaut, on ne trouvera pas au toucher des parties appartenant à des fœtus différents.

Pronostic

Au cours des accouchements dystociques que nous venons de passer en revue, le pronostic fut toujours subordonné à la précocité avec laquelle un diagnostic de la nature de l'obstacle à l'accouchement spontané put être établi.

Des manœuvres intempestives entraînent presque inévitablement un pronostic sombre, sinon pour la mère, du moins pour les fœtus, si la cause de la dystocie n'a pu être reconnue à temps.

Conduite à Tenir

Quelle sera la conduite à tenir en face des difficultés résultant pour l'accoucheur du fait d'un accrochement des têtes au détroit supérieur ?

Tout stimulant de la force utérine sera naturellement proscrit, comme dans tous les cas de dystocie mécanique. Nous avons pu nous rendre compte combien l'administration d'ergot de seigle, employé suivant la méthode ancienne, était préjudiciable au cours du travail. Une fois seulement (2^e observation), il semble avoir accéléré la marche de l'accouchement ; dans ce cas, l'accrochement des têtes semble ne pas avoir été extrêmement prononcé. Provoquant en général le tétanisme utérin et la rétraction de l'anneau de Bandl, l'ergot amène non seulement des troubles de la circulation fœtale, mais, chose plus grave, il peut rendre définitive une situation vicieuse qu'un fœtus peut avoir par rapport à l'autre et le maintenir coincé dans une attitude empêchant toute descente. Son administration est complètement à rejeter, d'autant plus qu'elle expose à une rupture prématurée des membranes. A part cela, comment pourrions-nous

essayer de refouler la tête du deuxième fœtus, la paroi utérine étant tétanisée ? Les fœtus étant comprimés entre temps et la circulation utéro-placentaire entravée, ils seraient impitoyablement livrés à l'asphyxie.

Cette partie de notre exposé a plutôt un intérêt historique, les abus dans l'administration d'ergot ayant cessé de nos jours. Nous avons vu les inconvénients résultant d'une rupture précoce des membranes; autant que possible, il s'agira d'éviter celle-ci au cours d'un toucher explorateur.

Si l'accoucheur est appelé trop tard, les fœtus étant engagés dans une position qui gêne réciproquement leur descente, il est mis en demeure d'intervenir. Quelle sera cette intervention ? Sauvegarder, avant tout, les jours de la mère; s'efforcer de sauver les deux fœtus; s'attacher tout d'abord à refouler au-dessus de l'excavation le fœtus le moins engagé et achever l'extraction du premier. S'il devient nécessaire de réduire le volume d'un fœtus, faire subir des opérations mutilatrices à l'enfant le plus compromis (le premier ordinairement), ou qui a déjà succombé, tels sont les principes généraux qui guideront l'accoucheur.

Une de nos observations (la neuvième), mentionne l'essai de refoulement de la tête du deuxième fœtus, tentative qui demeura infructueuse. Dans notre quatrième et notre sixième observations par contre, où l'accoucheur tenta le refoulement de la deuxième tête, ce procédé fut dans le premier cas couronné d'un succès complet et sauva dans le deuxième au moins la vie du second fœtus. On fera donc toujours bien de

procéder à des tentatives de refoulement sur cette seconde tête, à moins que cette manœuvre soit rendue impossible par la tétanisation du muscle utérin.

Il est difficile de donner pour tous les cas des règles absolument précises.

Nous nous contenterons de dire : Les deux têtes se présentant ensemble, on s'efforcera de repousser la moins engagée. En cas d'échec c'est au forceps sur la tête la plus engagée qu'on s'adressera tout d'abord.

L'engagement profond de la deuxième tête peut, après sortie de la première, empêcher l'extraction complète du fœtus ; en ce cas, on appliquerait le forceps sur la deuxième tête ; ou si le premier enfant était mort, on en pratiquerait la détroncation avec les ciseaux de Blot et on extrairait le deuxième à l'aide du forceps. On terminerait par extraction du tronc du premier enfant décapité.

Le Professeur Tarnier, envisageant le cas où deux fœtus se présentent par le sommet, dit dans sa thèse d'agrégation : « C'est au forceps qu'il faut avoir recours. On saisira la tête qui est la plus engagée et l'on essaiera des tractions. Cependant, si elles restaient infructueuses, si l'état de la mère l'exigeait et si, surtout, on pouvait être assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait plus à hésiter, la craniotomie devrait être pratiquée. Peut-être, par cette opération, pourrait-on sauver la mère et offrir au deuxième enfant quelques chances de vie. »

Appelé chez une parturiente au début du travail, le médecin pourrait être tenté d'effectuer la version du premier fœtus. Cette manœuvre peut entraîner des

difficultés ultérieures, ainsi qu'il résulte d'une observation de Woakes, trouvée dans le *British Medical Journal*, juin 1868.

« Le cas suivant se présenta dans ma clientèle, il y a environ huit ans. Une primipare, âgée d'une vingtaine d'années, eut, pendant les deux derniers mois de sa grossesse, beaucoup à souffrir d'une albuminurie avec ses accompagnements. A terme, le travail s'établit lentement ; au bout de vingt heures, la dilatation était complète, mais, alors, les douleurs cessèrent. Comme les symptômes étaient pressants, prostration et encéphalopathie, et la présentation naturelle, je décidai de faciliter l'accouchement en pratiquant la version. Pendant l'opération, je reconnus l'existence d'un second enfant qui, lui aussi, se présentait par la tête ; mais je ne songeais pas, à ce moment-là à une source de difficultés. Le corps fut extrait sans peine, mais la tête ne vint point. Cet arrêt était dû à la tête du deuxième enfant qui, pendant la version, était descendu dans l'excavation du sacrum et constituait, par la proéminence de son occiput, un obstacle infranchissable au passage du premier enfant, l'occiput de l'un étant étroitement enclavé dans la nuque de l'autre, l'un et l'autre ne pouvaient ni avancer ni reculer, Les douleurs reparurent à ce moment, avec une violence effrayante. Je ne connaissais alors aucun cas semblable et je crus devoir intervenir rapidement, parce que la violence des douleurs menaçait, à chaque instant, de rompre le périnée et le rectum.

Un médecin de mes amis arriva à temps pour approuver ce que je croyais être la seule conduite à tenir, savoir : Couper la tête du premier fœtus, les battements du cordon ayant cessé depuis longtemps. L'opération se fit très facilement, avec un simple bistouri. La tête séparée remonta ; le second fœtus fut expulsé sans un moment d'arrêt et sans lésions des parties molles de la mère. Il était mort.

Aucune autre difficulté ne survint dans la suite et la malade guérit très bien. »

En voulant faire disparaître une cause de dystocie, Woakes s'en créa donc une autre, non moins désagréable pour lui que la première.

Admettons que l'application du forceps sur la première tête et les essais de refoulement de la deuxième soient restés sans résultat, faudra-t-il, dans ce cas, renoncer à une version possible du premier enfant, sous prétexte qu'elle peut, chose rare, entraîner des difficultés ultérieures ?

Nous ne le croyons pas. Si l'on a quelque espoir d'extraire un enfant vivant, il faudra employer ce procédé. L'enclavement de la tête dernière ne se produira qu'exceptionnellement. Si cela devait arriver, la vie de l'enfant serait alors compromise et on serait autorisé de le sacrifier en opérant soit une embryotomie cervicale, soit une craniotomie. En agissant ainsi, on donnerait encore quelques chances de vie au deuxième fœtus.

Si l'on a la certitude de la mort des jumeaux, la basiotripsie, pratiquée sur les deux têtes, restera une ressource utile pour l'accoucheur.

CONCLUSIONS

Dans l'accouchement gémellaire, parmi les diverses présentations, celle des deux sommets est de beaucoup la plus fréquente. Cette présentation est habituellement une des plus favorables à l'expulsion naturelle des enfants.

L'accrochement des têtes fœtales est cité, par les auteurs; comme fait de dystocie d'une extrême rareté.

On considère comme principales causes de ce genre de dystocie : la largeur du bassin maternel, le petit volume des fœtus, la grossesse mono-amniotique, l'emploi de stimulants de la force utérine et la rupture prématurée des membranes.

Des recherches bibliographiques remontant jusqu'à Smellie nous ont permis de réunir onze observations seulement traitant l'accrochement des têtes dans la présentation des deux sommets.

Quoi qu'il en soit, l'accoucheur fera bien de ne pas complètement perdre de vue la possibilité de ce genre de dystocie, en face d'un accouchement gémellaire dont la marche est anormalement retardée. Un toucher manuel profond sera indispensable pour établir un diagnostic certain.

Le pronostic, pour la mère, n'est pas mauvais, à condition que l'obstacle soit diagnostiqué à temps, afin que la femme n'aboutisse pas à une période de surmenage obstétrical.

Le pronostic, au point de vue de la vie des enfants, semble être sombre, dans la majorité des cas ; l'un d'eux est presque fatalement sacrifié au cours de l'extraction fœtale.

Quant à la conduite à tenir dans le genre de dystocie que nous venons d'étudier, l'emploi du forceps s'est révélé être l'intervention de choix dans la plupart des cas.

La craniotomie serait, en cas de mort fœtale et après échec de toute autre manœuvre, la principale ressource de l'accoucheur.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COMMANDEUR

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY. — *Archives de Tocologie*, novembre 1876.
- BALARD. — *Bulletin d'Obstétrique*, N° 5, 1923.
- BESSON. — Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. *Thèse de Paris*, 1877.
- BUDIN. — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. *Thèse d'agrégation*, 1876.
- BUMM. — *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*, 1914.
- CHAILLY-HONORÉ. — *Traité pratique de l'art des accouchements*.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*, 1890.
- COMMANDEUR et EPARVIER. — *Bulletin d'Obstétrique*, N° 2, 1923.
- DUHAMEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1853.
- FRANKE. — *Monatsschrift für Geburtshilfe*, 1862.
- GRAHAM-WEIR. — *Edimb. Méd. Journal*, 1860.
- JAVNATOWSKY. — *The American Journal of Obstetrics*, janvier 1877.
- LESPINASSE. — *Monatsschrift für Geburtshilfe*, 1857.

- PUECH. — *Grossesse et Accouchements multiples.*
- REIMANN. — *The American Journal of Obstetrics*, janv. 1877.
- RIBEMONT, DESSAIGNES, LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique.*
- SMELLIE. — *Observations sur les Accouchements*, tome III.
- SCHROEDER. — *Manuel des Accouchements*, traduit par Charpentier.
- TARNIER-BUDIN. — *Traité de l'Art des Accouchements*, 1898.
- TARNIER-CHANTREUIL. — *Traité de l'Art des Accouchements*, 1882.
- V. WINKEL. — *Handbuch der Geburtshilfe*, 1906.
- WOAKES. — *British Med. Journal*, june 1868.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos.	7
Introduction	9
Causes et Observations	13
Diagnostic	35
Pronostic	37
Conduite à tenir	38
Conclusions	43
Bibliographie.	45

